



Número: **0000848-19.2020.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **07/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66748301	21/08/2020 16:20	ANEXO 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 21 de Abril de 2016

Carta nº: 8998224

A/C: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Sinistro: 3160176361 ASL-0128209/16
Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS
Data Acidente: 12/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000000246-1

Conta: 000010037183-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que causem dano cognitivo-comportamental

alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01027/01028 - carta_15R



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3160176361 - 1
Nome do(a) Examinado(a): GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS
Endereço do(a) Examinado(a): RUA VINTE E UM nº 05 - TANCREDO NEVES - SERRA TALHADA/PE
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 9212560 - SSP
Data local do exame: 31/03/2016 SERRA TALHADA/PE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

tce com ferimento no crânio

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

tratamento clínico conservador mais sutura

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

cefaleia e síndrome vertiginosa

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vitima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

snc

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - SERRA TALHADA, 31/03/2016

Médico Perito: JOAO CESAR DA CUNHA CRM: 10990-PE

JOAO CESAR DA CUNHA
Médico Perito
CRM 10990
Assinatura

Assinatura do perito Examinador - CRM





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

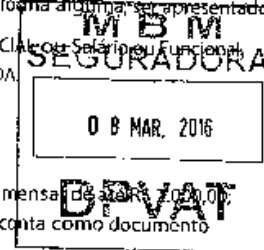
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Genildehon Mateus Bezerra Santos
 PORTADOR(A) DO RG Nº 9-212-560 EXPEDIDO POR SDS - PE EM 29/09/2014
 CPF 110016069-33 / CNPJ 00000000-00000000, PROFISSÃO Agricultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ 100,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Genildehon Mateus Bezerra Santos AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 100,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0261 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 37 183-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Berna Talhada-PE de Setembro de 2016 LOCAL E DATA
Genildehon Mateus Bezerra Santos ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO
(07/03/2016)



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou Ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Capão Zotea.

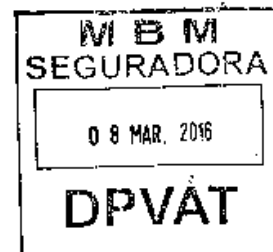
***** Extrato da Conta Corrente *****

Agência : 32381634-40 SIERRA TALHADA
Terminal: 32316318 Id.Trx: 258054
Nro Aut : 853042 Caixa : 850540161
Data : 24/02/2016 Hora : 20:32
(Fortaleza de Brasília)

5757086628 BANCO DO BRASIL S.A. 0020

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0246-1 CONTA: 37.183-1
CLIENTE: GENICLEISON MATEUS REZENDE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **16E0267000655**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/02/2016** às **10:42**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **12/7/2015** às **02:00**

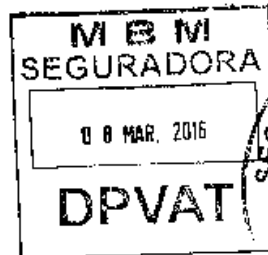
Fato ocorrido no endereço: **BR 232 - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, PROXIMO A FAZENDA NOVA - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR\AGENTE)
GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS**



Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SANDRA BESERRA NUNES Pai: GENIVALDO ALVES DOS SANTOS Data de Nascimento: 18/2/1993 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: 8788027254

Residencial: **RUA 21 - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 5, COHAB - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NX** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGF7990** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **488284732** Chassi: **9C2KD0550CR308750**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **NXR150 BROS ES**

24/02/2016 10:42



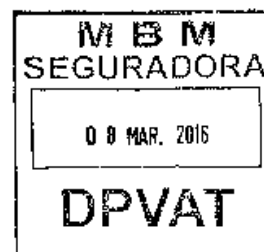
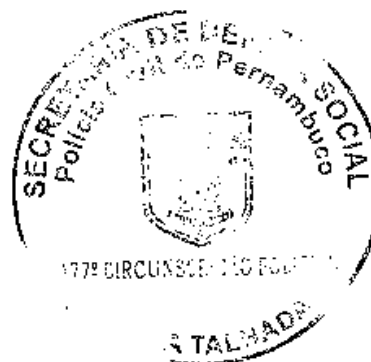
Complemento / Observação

A PESSOA DE GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS COMPARECEU A ESTA DELEGACIA INFORMANDO QUE CONDUZIA A MOTO DE PLACA PGF7990, DE PROPRIEDADE DE SEU GENITOR, PELA BR 232, VINDO DE JATIUCA PARA SERRA TALHADA QUANDO UM VEICULO NAO IDENTIFICADO E CONDUTOR TAMBEM NAO IDENTIFICADO COLIDIU POR TRAS DA MOTO, VINDO A VITIMA A CAIR DESMAIANDO. A VITIMA INFORMOU QUE DEVIDO O DESMAIO NAO SABE QUEM O SOCORREU, E QUANDO ACORDOU JA SE ENCONTRAVA NO HOSPAN E NO MESMO DIA FOI PARA A CLINICA SAO VICENTE. A VITIMA INFORMOU QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE TEVE FERIMENTOS NA CABECA ALEM DE ESCORIAÇÕES PELO CORPO. A VITIMA NAO POSSUE CNH.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Geniclebson Mateus B. Santos
GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JAKSON DO NASCIMENTO** - Matrícula: **221546-2**



24/02/2016 10:42



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Genidelton Mateus Bezerra Santos, portador da carteira de identidade nº 9.212.560 e inscrito no CPF/MF sob o nº 116.016.064-35, residente e domiciliado na Rua: Vinte e um. Othab. Cidade Serra Talhada, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

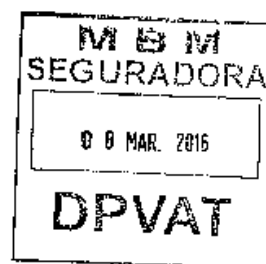
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Genidelton Mateus Bezerra Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Serra Talhada - PE / Fevereiro 2016

Local e data 07/03/2016.



HOSPAM

HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº 14

Data e Hora: 12.07.15 04:55 Data Nasc.: 18/02/93
Nome: GENICLASSON MATEUS BEZERRA SANTOS
Mãe: DANIELA BEZERRA NUNES
Profissão: REDEIRO Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Escolaridade: 8ª SÉRIE
Responsável: O GENITOR
End. do Paciente: R. 21 N.º 05 Fone: 996340813
Bairro: COIMB Município: S. TALHADA Doc. Identidade:
Cartão SUS:
Tipo de Atendimento: ☒ Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐ Consulta ☐ Agressão
Raça/Cor: ☐ Preto ☐ Amarelo ☐ Pardo ☐ Indígena
Pressão Arterial: Pulso: Temperatura: Peso:

História e Exame Físico:

Doi + suprimido la +
20%. Refere ter levado um
cinto que caiu de um
carrão. Quando deambulava
sentiu dor forte e aguda
centrobastral

Tratamento:

Sintom



Impressão Diagnóstica:

Fratura lateral do fêmur
(V. Ant.) de origem traumática fechada

Destino do Paciente: Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☐

Removido para Hospital

Óbito 15 hs do dia

Médico - Carimbo e CRM:

Dr. Francisco Gomes
- Geral e Especialista
- RPE-5743

20/07 →



FICHA DE OBSERVAÇÃO MÉDICA

DATA:

HORA:

Idade:

Paciente:

Rx de crânio
em AP e perfil

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Neurólise

M B M
SEGURADORA

08 MAR. 2016

DPVAT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs.:
1. Clonazepam 0,5mg		Amorco Danufo P. da Oliveira
2. Paracetamol 500mg		Carla M. da Silva
3. Ibuprofeno 400mg		Carla M. da Silva
4. Diplopia 20mg		Carla M. da Silva
5. Diplopia 20mg		Carla M. da Silva
6. Diplopia 20mg		Carla M. da Silva
7. Diplopia 20mg		Carla M. da Silva
8. Diplopia 20mg		Carla M. da Silva
9. Diplopia 20mg		Carla M. da Silva
10. Diplopia 20mg		Carla M. da Silva

Antonio A. Silva
CRM 15.152
RUA 15, 152
FONE 15.152



→ Empioração de



HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº 14

Data e Hora: 12.07.15 04:55 Data Nasc.: 18/02/93

Nome: GENILSON RIBEIRO REZENA SANTOS

Mãe: DÂNDREA REZENA LUNES

Profissão: PEDREIRO Sexo: M Estado Civil: Solteiro Escolaridade: 8ª série

Responsável: O GENITOR

End. do Paciente: R. 21 Nº 05 Fone: 996340813

Bairro: COIMB Município: S. TALHADA

Doc. Identidade:

Cartão SUS:

Tipo de Atendimento:

☒ Acidente de Trânsito

☐ Agressão

☐ Acidente de Trabalho

☐ Consulta

Raça/Cor:

☐ Preto

☐ Amarelo

☐ Parda

☐ Indígena

Pressão Arterial:

Pulso:

Temperatura:

Peso:

História e Exame Físico:

Doi + suprimido la 1
201. Refere ter levado um
cinto que caiu de um
roto. Quando deambulava
sentiu dor forte e aguda

Tratamento:

Curativo
Sutura

M B M
SEGURADORA

08 MAR. 2016

DPVAT

Impressão Diagnóstica:

Franco de lesão com dor no fêmur
(curativo) de lesão com dor no fêmur

Destino do Paciente: Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☐

Removido para Hospital

Óbito 15 hs do dia

Médico - Carimbo e CRM:

Dr. Francisco Gomes
Geral e Especialista
RPE-5743

2016 →



FICHA DE OBSERVAÇÃO MÉDICA

DATA:

HORA:

Idade:

Paciente:

Rx de crânio
em AP e perfil

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Neurólise

M B M
SEGURADORA

08 MAR. 2016

DPVAT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs.:
1. Clonazepam 0,5mg		
2. Paracetamol 500mg		
3. Ibuprofeno 400mg		
4. Dipirona 500mg		
5. Clonazepam 0,5mg		
6. Paracetamol 500mg		
7. Ibuprofeno 400mg		
8. Dipirona 500mg		
9. Clonazepam 0,5mg		
10. Paracetamol 500mg		
11. Ibuprofeno 400mg		
12. Dipirona 500mg		
13. Clonazepam 0,5mg		
14. Paracetamol 500mg		
15. Ibuprofeno 400mg		
16. Dipirona 500mg		
17. Clonazepam 0,5mg		
18. Paracetamol 500mg		
19. Ibuprofeno 400mg		
20. Dipirona 500mg		
21. Clonazepam 0,5mg		
22. Paracetamol 500mg		
23. Ibuprofeno 400mg		
24. Dipirona 500mg		
25. Clonazepam 0,5mg		
26. Paracetamol 500mg		
27. Ibuprofeno 400mg		
28. Dipirona 500mg		
29. Clonazepam 0,5mg		
30. Paracetamol 500mg		
31. Ibuprofeno 400mg		
32. Dipirona 500mg		
33. Clonazepam 0,5mg		
34. Paracetamol 500mg		
35. Ibuprofeno 400mg		
36. Dipirona 500mg		
37. Clonazepam 0,5mg		
38. Paracetamol 500mg		
39. Ibuprofeno 400mg		
40. Dipirona 500mg		
41. Clonazepam 0,5mg		
42. Paracetamol 500mg		
43. Ibuprofeno 400mg		
44. Dipirona 500mg		
45. Clonazepam 0,5mg		
46. Paracetamol 500mg		
47. Ibuprofeno 400mg		
48. Dipirona 500mg		
49. Clonazepam 0,5mg		
50. Paracetamol 500mg		
51. Ibuprofeno 400mg		
52. Dipirona 500mg		
53. Clonazepam 0,5mg		
54. Paracetamol 500mg		
55. Ibuprofeno 400mg		
56. Dipirona 500mg		
57. Clonazepam 0,5mg		
58. Paracetamol 500mg		
59. Ibuprofeno 400mg		
60. Dipirona 500mg		
61. Clonazepam 0,5mg		
62. Paracetamol 500mg		
63. Ibuprofeno 400mg		
64. Dipirona 500mg		
65. Clonazepam 0,5mg		
66. Paracetamol 500mg		
67. Ibuprofeno 400mg		
68. Dipirona 500mg		
69. Clonazepam 0,5mg		
70. Paracetamol 500mg		
71. Ibuprofeno 400mg		
72. Dipirona 500mg		
73. Clonazepam 0,5mg		
74. Paracetamol 500mg		
75. Ibuprofeno 400mg		
76. Dipirona 500mg		
77. Clonazepam 0,5mg		
78. Paracetamol 500mg		
79. Ibuprofeno 400mg		
80. Dipirona 500mg		
81. Clonazepam 0,5mg		
82. Paracetamol 500mg		
83. Ibuprofeno 400mg		
84. Dipirona 500mg		
85. Clonazepam 0,5mg		
86. Paracetamol 500mg		
87. Ibuprofeno 400mg		
88. Dipirona 500mg		
89. Clonazepam 0,5mg		
90. Paracetamol 500mg		
91. Ibuprofeno 400mg		
92. Dipirona 500mg		
93. Clonazepam 0,5mg		
94. Paracetamol 500mg		
95. Ibuprofeno 400mg		
96. Dipirona 500mg		
97. Clonazepam 0,5mg		
98. Paracetamol 500mg		
99. Ibuprofeno 400mg		
100. Dipirona 500mg		

Antonio A. Silva
CRM 12.122
RUA DE SÃO CARLOS, 100
CAMPUS DE SÃO CARLOS





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

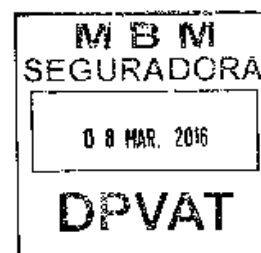
Eu, Genidilhon Mateus Bezerra Santos
RG nº 9.212.560, data de expedição 29/04/2014 Orgão SDS-PE
CPF nº 116.016.064-35, venho perante a este instrumento declarar que não
posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome
de terceiro:

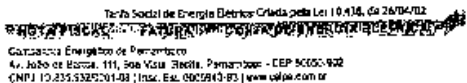
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: Vinte e um</u>
Número	<u>Nº 5</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Cohab</u>
Cidade	<u>Serra Talhada</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>56909-100</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99608-2811 (81) 99992-8935</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serra Talhada-PE / Fevereiro 2016
(07/03/2016)

Assinatura do Declarante: Genidilhon Mateus B. Santos





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA VINTE E UM, 5

CONAB/SERRA TALHADA,
SERRA TALHADA PE
58009-100

CONFIRMATION RECEIPT

1437500015 11/2015

DATE OF SALE 11/20/2015

275110015 220112015

TOTAL SALE PRICE 11/20/2015

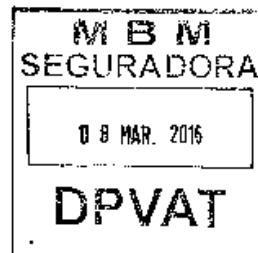
11/20/2015 11/20/2015

APPROVED FOR RELEASE BY NSA/CSS	DATE	REASON
2011/2015	2008/3/82	3871776

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT	VALOR UNIT
Consumo Alvo 60-30 kWh	50,00000000	0,14463020	4,33
Consumo Alvo superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,24787771	17,35
Consumo Alvo superior a 100 até 220 kWh	113,00000000	0,37160687	42,33
Acrescimo Bateria VERMELHA			1,50
Contribuição Imposto Publica			8,34
Juros por atraso- NF 002853816 - 22/01/16			0,04
Juros por atraso- NF 002853816 - 22/01/16			2,08

20.6

Nº DO MEDIDOR	Tipo de Função	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	ANALIS	CONSUMO (KWH)
447994	CA1	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
		22/06/18	37 948,00	20/11/2018	38 081,00	26	1,0000		21,200

[illegible][illegible][illegible]



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

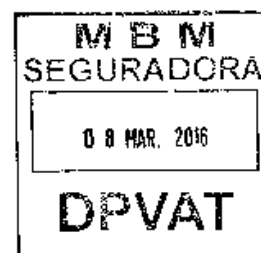
Eu, Genidilhon Mateus Bezerra Santos
RG nº 9.212.560, data de expedição 29/04/2014 Orgão SDS-PE
CPF nº 116.016.064-35, venho perante a este instrumento declarar que não
posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome
de terceiro:

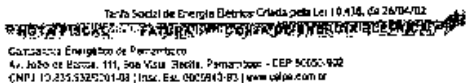
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: Vinte e um</u>
Número	<u>Nº 5</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Cohab</u>
Cidade	<u>Serra Talhada</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>56909-100</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99608-2811 (81) 99992-8935</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serra Talhada-PE / Fevereiro 2016
(07/03/2016)

Assinatura do Declarante: Genidilhon Mateus B. Santos





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA VINTE E UM, 5

CONAB/SERRA TALHADA,
SERRA TALHADA PE
58009-100

CONFIRMATION RECEIPT

1437500015 11/2015

DATE OF SALE 11/20/2015

275110015 220112015

TOTAL SALE PRICE 11/20/2015

11/20/2015 11/20/2015

Approved for Release by NSA on 08-25-2013 pursuant to E.O. 13526	20117015	2000873182	3071776
--	----------	------------	---------

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	50,00000000	0,14463020	4,33
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,24787771	17,35
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	113,00000000	0,37160657	42,33
Acrescimo Bateria VERMELHA			1,50
Contribuição Iluminação Pública			8,34
Juros por atraso- NF 002853816 - 22/01/16			0,04
Juros por atraso- NF 002853816 - 22/01/16			2,08

20.6

Nº DO MEDIDOR	Tipo de Função	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	ANALIS	CONSUMO (KWH)
447994	CA1	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
		22/06/18	37 948,00	20/11/2018	38 081,00	26	1,0000		21,200

[illegible][illegible][illegible]



DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

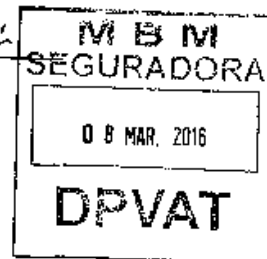
Pelo exposto, eu Antonio Marcos Noqueira de Aguiar, portador(a) do CNH 0118 902 53 69, expedido por Delecan - PE, em 17/10/2015, CPF/CNPJ nº 508.991.544-20,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Geniclebson Mateus Beserra Santos do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez Permanente da vítima Geniclebson Mateus Beserra Santos, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Autônomo Renda Mensal: R\$ 2.000,00

Documentos comprobatórios: CNH, CPF, comp. Residência com comprovação de profissão e renda.

x Antonio Marcos Noqueira de Aguiar
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



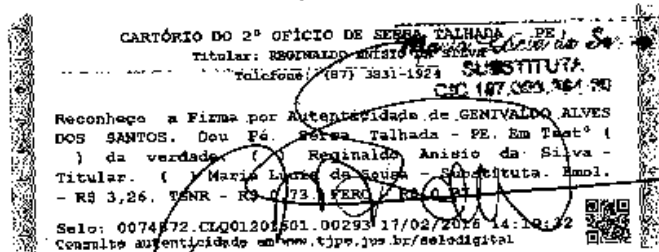


Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Genivaldo Alves dos Santos,
CNH nº 02306256360, data de expedição 16/10/2013
RG nº 02306256360, portador do CPF nº 454.688.264-52, com
domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Vinte e um, N° 05, nº 05,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Geni de Leon Mateus Bezerra Santos, cujo o condutor era
Geni de Leon Mateus Bezerra Santos
Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda NXR 150 Bros
Ano: 2012 / 2012
Placa: P G F 7990/PE
Chassi: 9C2K D0550CR308450
Data do Acidente: 12.01.2016
Local e Data: Serra Talhada - PE 18 Fevereiro 2016.
(07/03/2016)

Genivaldo Alves dos Santos
Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRAÇÃO

ANTONIO MARCOS MODOLEZA DE AGUIAR

2674255 EST. PE

CPF: 008.792.544-20 **DATA DE EMISSÃO: 19/03/1970**

PLACAS:
UNIVERSO PIRELLA DE
AGUIAR
MARCA DE LOCOMOTIVAS
MODOLEZA DE AGUIAR

PROTEÇÃO: 00000000000000000000000000000000

VALOR: 011870223265 **VALIDADE: 18/06/2023** **PARA: 22/03/1990**

RESERVAÇÃO:
SEM RESERVAÇÃO

LOCAL: BRAS. TALENTA - PE **DATA: 17/06/2015**

92146628875
92067159054

1103410184



07/03/2016

Comprovante de Inscrição no CPF



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **508.791.544-20**

Nome da Pessoa Física: **ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR**

Data de Nascimento: **19/01/1970**

Situação Cadastral: **REGULAR**

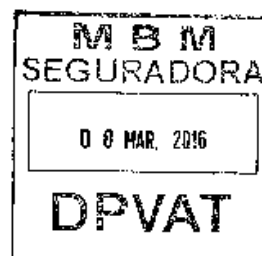
Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **08:38:04** do dia **07/03/2016** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **B9EC.D4D6.2E47.1D9D**
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 548, de 13/02/2015.)



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160176361 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA **Data do acidente:** 12/07/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
SANTOS

PARECER

Diagnóstico: tce com ferimento no crânio.

Descrição do exame médico pericial: cefaleia e síndrome vertiginosa.

Resultados terapêuticos: tratamento clínico conservador mais sutura.

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/03/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JOAO CESAR DA CUNHA

CRM do médico: 10990-PE

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 08 de Março de 2016

Carta nº: 8810287

A/C: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Sinistro: 3160176361
Vitima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS
Data Acidente: 12/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00139/00140 - carta_01



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2016

Carta nº: 8921126

A/C: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Sinistro: 3160176361 ASL-0128209/16
Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS
Data Acidente: 12/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01821101822 - carta_02

00040911



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2016

Carta nº: 8921126

A/C: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Sinistro: 3160176361 ASL-0128209/16
Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS
Data Acidente: 12/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01821101822 - carta_02





21/08/2020

Número: **0000848-19.2020.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **07/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66748310	21/08/2020 16:20	ANEXO 2	Outros (Documento)

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Genivaldo Alves dos Santos

RG nº 2836945 data de expedição 21/02/13

Órgão SSP IPE, portador do CPF nº 454.688.264-53, com

domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de

PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada

P: Vinze Umm n° 5

complemento Para, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

menção de (ser) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vitima Barbara Santos, cujo o condutor era

Gesellschaft Hotel und Pension Sanzen

por moto cicleta.

Veículo: HONDA/NXR 150 BION ES

Modelo: 405447
381212812

Ano: 2012 / 2012
Placa: PGF 7990 2050 CR 3087 50

Chassi: 9C2KJ0550-028

Data do Acidente: 15-09-19

Local e Data: Serra Talhada



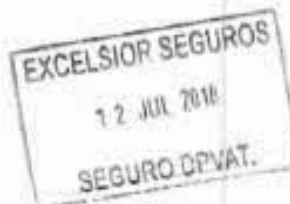
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CANTORIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
 Titular: ESTIVALDO AMARAL DA SILVA
 Telefone: (87) 38311-924

Reconheço a Falsa por Autenticidade de GENIVALDO MORAES
 DOS SANTOS. Dou Fals. Serra Talhada - PE. 22/06/2014
) da verdade. () Racionalmente Análise da Falsidade
 Titular: () MATEUS AMARAL DE SOUSA - Superintendente. E-mail:
 - RS 3.39. TENDR - RS 0.48 FENDR - RS 0.44. ISS - RS

Bel: 00740672.TQCC0201801.01310 25/06/2015 15:24:14
 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
XI GERES - SERRA TALHADA

Mato

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº: 17

Data: 15.04.18

Hora: 07:27

Nome: Genieleilson Nogueira Bezerra Santos

Nascimento: 18.02.92

Sexo: M

Estado Civil: Solteiro

Escolaridade: alfabetado

Profissão: frechador

Mãe: Sanchia Bezerra Almeida

Responsável: Genieleilson Nogueira Santos

Endereço: R. 21. N. 5

Bairro: Cohab

Município: Jua PE

Fone: 9.4949.4852

Cartão SUS:

RG/CPF: 9.212.560

Raça/Cor:

Branca

Preta

Parda

Amarelo

Indígena

PA:

Pulso:

HGT:

Temperatura:

Peso:

História e Exame Físico:

2mm no punho anti
fem, noturna

(R)

Tratamento:

① fur Axiopur

② Voltar - anal ①

③ Diferença em 5

EXCELSIOR SEGUROS

Hipótese Diagnóstica:

Carimbo e Assinatura:

12.04.2018

SEGURO DPVAT

2 fur no punho anti

Destino do Paciente:

Internado

Encaminhado

Transferido

Evasão

Removido para o hospital:

Óbito às

hrs do dia

Dr. Genieleilson Nogueira Santos
CPF: 882.723.544-20
Médico Traumatólogo



OBSERVAÇÃO MÉDICA

Data:

Hora:

Paciente:

Outras queixas:

Exames Solicitados:

- ☐ Hemograma
- ☐ Glicase
- ☐ Ureia
- ☐ Creatinina
- ☐ Ionograma
- ☐ Leucograma
- ☐ Eritrograma

- ☐ LCR
- ☐ HIV
- ☐ VDRL
- ☐ CKMB
- ☐ Troponina
- ☐
- ☐

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs:
1) Voltaren 75 1x1	0930	
2) Ao do Ponto de	Noélio P. de Lima	
Exm AP e per	Tec de Enfermagem	
	COREN: 14835 - TEC-P	

Dr. Francisco Gomes
Cirurgia Geral - Clínica
RESMEPE 0740

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

HOSPAM - VEH
Sara Talhada-PE





ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		DATA DA SOLICITAÇÃO:	
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA		23/04/2018 15:11	
MÉDICO SOLICITANTE: PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO		ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CRM - 16558	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE: GENICLEBSON MATEUS BEZERRA SANTOS		Nº DO PRONTUÁRIO: 438056	
QUANTO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO: 18/02/1993	SEXO: Masculino	
NOME DA MÃE (OU RESPONSÁVEL): SANDRA BEZERRA NUNES		TELEFONE DE CONTATO:	
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): RUA 21, 5, COAIB			
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: SERRA TALHADA	COD. BRS MUNICÍPIO: 2613909	UF: PE	CEP:
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: FRATURA RÁDIO DISTAL D			
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:			
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS): RAIO X			
DIAGNÓSTICO FINAL: FRATURA RÁDIO DISTAL D			
CID 10 PRIMÁRIA:	CID 10 SECUNDÁRIO:	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:	
SINAIS VITAIS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:			
CLÍNICA:	CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA	DOCUMENTO: (X) CNS () CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 7878
EXECUTANTE			
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:		DATA DE AUTORIZAÇÃO:	
TIPO DE LETO:		ESPECIALIDADE:	
MÉDICO AUTORIZADOR:			
AUTORIZAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		DATA DA SOLICITAÇÃO:	
DOCUMENTO: (X) CNS () CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	COD. ORÇÃO ORADOR: 7878	
ESCLARECIMENTOS			

EXCELSIOR SEGUROS
12 JUL 2018

SEGURO DPVAT



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora: 23/04/18 15:11
 Profissional: PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO
 Descrição: Solicitação Leite

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
23/04/18 15:11	Em digitação	0h:0m:46s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
23/04/18 15:11	Aguardando Regulacao	0h:0m:27s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação de solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.
23/04/18 15:12	Aguardando Regulacao	0h:0m:3s	EDVALDO.FILHO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Associando profissional regulador: EDVALDO.FILHO solicitação: 438056
23/04/18 15:12	Aguardando Regulacao	0h:0m:1s	EDVALDO.FILHO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Desassociando profissional regulador
23/04/18 15:12	Aguardando Regulacao		EDVALDO.FILHO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Associando profissional regulador: EDVALDO.FILHO solicitação: 438056

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

Data / Hora	Paciente Assistido	Usuário

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA

EXCELSIOR SEGUROS
 12 JUL 2018
 SEGURO DPVAT.



(81) 999 30 84 46

HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada

Nome: CONTELLERSON M. B. SANTOS

AO HOSP. SÃO VICENTE.

Hdx: TRAT. RENO DETRAC ①

- ① RETA LINF SNO
 - ② DILAT. T00 → ⑥ 6/6/55
 - ③ HEMOGLOBIN/ COAGULOGEM
 - ④ SW + CCEG
- Solicitado 02-05-2018
Certe 07/05
Ana

Pedro Aureliano Amorim de Carvalho
Traumatista - Ortopedia
CRMPE 16544 Cntel. 84.18120

Médico - CRM

EXCELSIOR SEGUROS
12 JUL 2018
SEGURO DPVAT.





Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data do Atendimento: 07/05/2018		Nº Registro: 000019013	
Identificação do Paciente: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS 202 - TRAUMA. MASC. 01			
Data Nascimento: 18/02/1993	Idade: 25	Sexo: Masculino	Cor: Parda
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: AJUDANTE PEDREIRO	Naturalidade: SERRA TALHADA	Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Pai: GENIVALDO ALVES DOS SANTOS		Mãe: SANDRA BESERRA NUNES	
Endereço: RUA 21		05	
Bairro: COHAB	Cidade: SERRA TALHADA	Estado: PE	Telefone: (87) 9901-6370
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito []		Acidente de Trabalho []	
Outros Acidentes []		Agressão []	
Suicídio []		Casual []	
Outros []			
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
ANAMNESE E EXAME FÍSICO			
<p>Lesões perfurantes MSD de penetração profunda no abdômen D, após Edmundo expor ferimento perfurante MSD</p>			
Diagnóstico Inicial			
FRAT. RATO OBTUR @			
S.A.O.T			
Diagnóstico Final			
FRAT. RATO @			
CONDIÇÃO DE ALTA		MOTIVO DA ALTA	
Melhorada <input checked="" type="checkbox"/>	Decisão Médica <input checked="" type="checkbox"/>		
Inalterado <input type="checkbox"/>	Alta a Pedido <input type="checkbox"/>		
Piorado <input type="checkbox"/>	Transferência <input type="checkbox"/>		
Óbito+48h <input type="checkbox"/>	Evasão <input type="checkbox"/>		
Óbito-48h <input type="checkbox"/>	Indisciplina <input type="checkbox"/>		
Óbito em: / /			
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> EXCELSIOR SEGUROS 12 JUN 2018 SEGURO DPVAT </div>	
		Data do Internamento: 7.5.18	
		Data da Alta: 9.5.18	
		Local:	
		Médico Responsável	



Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

Infecção Rins D

Data: 08/05/18

Início:

Término:

Cirurgião: Adelpo

1º Auxiliar: Afonso

2º Auxiliar:

Anestesiista: Silveira

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Sob anestesia Assepsia ASD.
Incisão abdominal, manipulação
para feitura, Rins e fixação
pe Uretero 02 fios Kirsethader, Rins
com, Creativo, Vale feridas

Antônio Rodrigues de Freitas
CRM 7351
CPF: 066.682.003-25

EXCELSIOR SEGUROS

12 JUL 2018

SEGURO DPVAT.

Assinatura do Cirurgião





EXCELSIOR SEGUROS
12 JUL 2018
SEGURO PRIVAT.



[illegible]

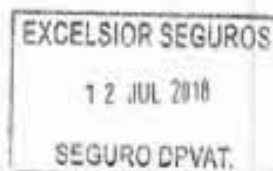
02501972/18 OK

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA 27 de junho de 2018

X Guilherme Antonio Bezerra Santos



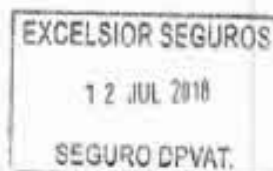
02501972/18 OK

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA 27 de junho de 2018

X Guilherme Antonio Bezerra Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321254 Cidade: Serra Talhada Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA Data do acidente: 15/04/2018 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A
SANTOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DO RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem seqüela

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Nº Sinistro: 3180321254

Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Data do Acidente: 15/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180321254**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13112547

Pag. 0160701600 - carta_01 - INVALIDEZ

00010049



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS
Nº Sinistro: 3180321254
Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS
Data do Acidente: 15/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180321254**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0011/00612 - carta_03 - INVALIDEZ

00050306



Carta nº 13114768



Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Nº Sinistro: 3180321254

Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Data do Acidente: 15/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180321254**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **15/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 003/0003300 - carta_04 - INVALIDEZ

00050190



Carta nº 13261260



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: GENICLEBSON MATEUS BESEIRA SANTOS

Nº Sinistro: 3180409250

Vitima: GENICLEBSON MATEUS BESEIRA SANTOS

Data do Acidente: 15/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180409250**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13328460

Pag. 0070500708 - carta_01 - INVALIDEZ

00020353





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

116.016.064-35

Geniclebson Matheus Buzena Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Geniclebson Matheus Buzena Santos	116.016.064-35	
Endereço	Número	Complemento
R. Vinte e um	05	Casa
Bairro	Cidade	Estado
COHAB	Serra Talhada	PE
E-mail	CEP	Telefone (DDD)
		56909-100
		8119634-4304

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA Nº: <input type="text"/> D/V <input type="text"/>		BANCO Nome: <input type="text"/> NÚM: <input type="text"/>	
CONTA Nº: <input type="text"/> D/V <input type="text"/>		AGÊNCIA Nº: <input type="text"/> D/V <input type="text"/>	
CONTA Nº: <input type="text"/> D/V <input type="text"/>		CONTA Nº: <input type="text"/> D/V <input type="text"/>	
(Informe o dígito se existir)		(Informe o dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

EXCELSIOR SEGUROS

S. Talhada de 06 de 2018 12 JUL 2018

Local e Data

EXCELSIOR SEGUROS

12 JUL 2018

SEGURO DPVAT

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, em latinos, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre **9 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com a data do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre **16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro do ASL: **31801321254** CPF da Vítima: **116.016.064-35** Nome completo da vítima: **Geniellison Matheus B. Santos**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: **Geniellison Matheus B. Santos** CPF titular da conta: **116.016.064-35** Profissão: **obrigatoriedade**
Cidade: **Barra Velha** Número: **5** Endereçamento: **Casa**
Nome: **COHAB** Cidade: **Barra Velha** Estado: **PE** CEP: **56909-180**
Local: **Barra Velha** Telefone (DDD): **81** Telefone: **19634-6963**

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RENDIMENTO MENSAL ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
BANCO SUD (112) BANCO DO BRASIL (001) CITI (141)
BANCA DE ECONOMIA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: **0246** B/R: **1** CONTA: **40.769**
Informar dígito se existo Informar dígito se existo

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Barra Velha, 23 de Julho de 2018
Local e Data

Geniellison Matheus B. Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Geniellison Matheus B. Santos
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FORMULÁRIO DPVAT/2017





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, em latinos, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre **9 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com a data do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre **16 a 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro do ASL: **31801321254** CPF da Vítima: **116.016.064-35** Nome completo da vítima: **Geniellison Matheus B. Santos**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: **Geniellison Matheus B. Santos** CPF titular da conta: **116.016.064-35** Profissão: **obrigatoriedade**
Nome: **Rua Vinte e um** Número: **5** Endereçamento: **Casa**
Cidade: **COHAB** Estado: **PE** CEP: **56909-180**
Telefone (DDD): **81** Telefone: **19634-6963**

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RENDIMENTO MENSAL ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
BANCO SUD (112) BANCO DO BRASIL (001) CITI (141)
BANCA DE ECONOMIA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: **0246** B/R: **1** CONTA: **40.769**
(informar dígito se existir) (informar dígito se existir)

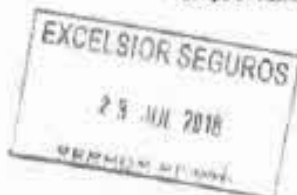
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Geniellison Matheus B. Santos 23 de **Julho** de **2018**
Local e Data

Geniellison Matheus B. Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FORMULÁRIO DPVAT/2017





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

CONFERE COM
O ORIGINAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0267002179**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/06/2018** às **11:38**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **15/4/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, ESTRADA VICINAL DE ACESSO AO SÍTIO MUCUTU** - Bairro: **CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)
GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS



Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SANDRA BESERRA NUNES Pai: GENIVALDO ALVES DOS SANTOS Data de Nascimento: 18/2/1993 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9212560/SDS/PE (RG), 11601606435 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: 087988027254

Endereço Residencial: **RUA VINTE E UM, 05 - CEP: 0 - Bairro: COHAB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEÍCULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PGF7990 (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA)** Renavam: **485284732** Chassi: **9C2KD0550CR308750**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **LICENCIADA EM NOME DE GENIVALDO ALVES DOS SANTOS, CPF Nº 454.688.264-53**

Complemento / Observação

EXCELSIOR SEGUROS
12 JUL 2018

08/06/2018 11:21



COMPARECEU A ESTA DEPOL O SR. GENICLEBSON PARA COMUNICAR O ACIDENTE DO QUAL FORA VÍTIMA. SEGUNDO RELATOU, POR VOLTA DAS 6:30H DA MANHÃ, SEGUIA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DESCRITA, DE PROPRIEDADE DE SEU PAI, PELA ESTRADA VICINAL DE ACESSO AO SÍTIO MUCUTU, QUE DE REPENTE SURTIU UM CACHORRO QUE SAIU DO MATO E ATREVESSOU AQUELA ESTRADA; QUE TRAFEGAVA ENTRE 60 E 80 KM/H; QUE NÃO TEVE TEMPO HÁBIL DE FREAR O VEÍCULO VINDO A COLIDIR COM O ANIMAL E CAINDO AO CHÃO; QUE A PRÓPRIA VÍTIMA SE DIRIGIU AO HOSPAM; QUE NÃO PASSAVA NINGUÉM PELO LOCAL NO MOMENTO DO ACIDENTE; QUE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE FRATUROU O PUNHO DIREITO. APRESENTOU O BOLETIM DE EMERGÊNCIA DP HOSPAM Nº 17, PREENCHIDO PELO MÉDICO DR. EBENONE ANTONIO DA SILVA, CRM Nº 15122. INQUIRIDO SOBRE SUA CNH, INFORMOU NÃO POSSUIR. ESSE REGISTRO VISA ASSEGURAR DIREITOS FUTUROS. SEM MAIS PARA O MOMENTO, ENCERRO O PRESENTE B.O.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

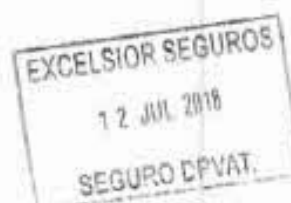
Geniclebson Mateus Beserra Santos

GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: *Bruna* **Bruna Reinaldo do Nascimento Santana** - Matrícula: 3866106



CONFERE COM
O ORIGINAL



08/06/2018 11:21



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Genivaldeson Mateus Buarque Santos CPF da Vítima: 116.016.064-35 Data do Acidente: 15/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

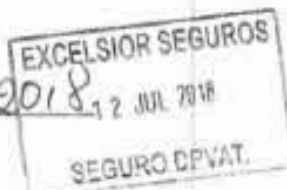
Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Sua talkada 27 de Junho de 2018
Local e Data



Genivaldeson Mateus Buarque Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017



Mato



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
XI GERES - SERRA TALHADA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA				Nº: 17	
Data: 15.04.18		Hora: 07:27			
Nome: Geniellison Mota Bezerra Santos					
Nascimento: 18.02.92		Sexo: M		Estado Civil: Solteiro	
Escolaridade: Analfabeto		Profissão: Pecheiro			
Mãe: Soraia Bezerra Almeida		Responsável: Geniellison Mota Bezerra Santos			
Endereço: R. 21. N. 5					
Bairro: Colônia		Município: Jaboatão		Fone: 9-4949.4852	
Cartão SUS:		RG/CPF: 9.212.560			
Raça/Cor:		Branca		Preta	
		Parda		Amarela	
				Indígena	
PA:		Pulso:		HGT:	
				Temperatura:	
				Peso:	
História e Exame Físico:					
<p>2mm no punho anti</p> <p>fun. motora</p> <p>(R)</p>					
Tratamento:					
<p>① Fun. Antropia</p> <p>② Voltar - anti ①</p> <p>③ Diferença em 5</p>					
Hipótese Diagnóstica:				Carimbo e Assinatura: 12.04.2018	
<p>2mm no punho anti</p>				<p>EXCELSIOR SEGUROS</p> <p>SEGURO DPVAT</p>	
Destino do Paciente:		Internado		Transferido	
Removido para o hospital:				Evasão	
Óbito às:		hrs do dia:			

Dr. Geniellison Mota Bezerra Santos
CPF: 882.723.544-00
Médico Traumatólogo



OBSERVAÇÃO MÉDICA

Data:

Hora:


Paciente:

Outras queixas:

Exames Solicitados:

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> LCR | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Glicose | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Uréia | <input type="checkbox"/> VDRL | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> CXMB | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ionograma | <input type="checkbox"/> Troponina | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Leucograma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Eritrograma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PRESCRIÇÃO MÉDICA

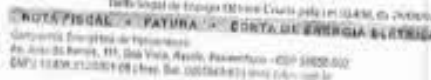
Medicação	Horário	Obs:
1) Voltaren 75 mg	0830	
2) Ac do Ponto de vista		
3) ...		
<div style="text-align: center;">  Dr. Francisco Gomes Médica Geral - UPA CRM 100000 </div>		

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

HOSPAM - VEH
Sora Talhada-PE





1. **CONTRIBUTO DI SOLIDARIETÀ**
 2. **CONTRIBUTO DI SOLIDARIETÀ**

ENDEREÇO DA UNIDADE CONDOMINIAL
RUA VITÓRIA, 1111

© 2006 Wiley Periodicals, Inc. *J Polym Sci Part A: Polym Chem* 44: 1246–1254, 2006
DOI 10.1002/pola.21404

Copyright © 2004 by John Wiley & Sons, Inc.
All rights reserved.

GLASSBORO, N.J.
 Dr. Kenneth L. Young
 Director, Research and Development
 Glassboro State College
 Glassboro, N.J.

1437506015	03/2018
04/04/2018	26/04/2018
	143.70

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

[illegible]

DEPARTMENT	PERSONNEL	EXPENSES
30 - GENERAL	2 - 10000000	10000000
10 - GENERAL	2 - 10000000	10000000
20 - GENERAL	2 - 10000000	10000000
40 - GENERAL	2 - 10000000	10000000

DEMUNSTRATYVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

N° ID BIBLIOTECA	TIPO DA FUNÇÃO	INTERIOR		AFRICA		N° DE DADOS	CONDIÇÃO	AVALIAÇÃO	OBSERVAÇÕES
		DADOS	INTERIOR	DADOS	AFRICA				
1000	100	10000000	10000000	10000000	10000000	10	10000000	10000000	10000000

REPLY TO THE EDITOR

Age Group	Percentage
18-24	95
25-34	90
35-44	85
45-54	80
55-64	75
65-74	70
75-84	65
85-94	60
95-104	5

© 1999 Blackwell Science Ltd

Substrate Temp. (°C)	η_{sp}/c	Viscosity Index
25	0.015	100
50	0.012	80
75	0.010	67

100

Variable	Mean	SD	Range
Age (years)	41.5	10.5	25-65
Gender	50%	50%	Male/Female
Education (years)	12.5	1.5	10-15
Marital status	75%	25%	Married/Single
Occupation	45%	55%	Professional/Non-professional
Income (USD/month)	1,200	300	500-2,000
Health status	80%	20%	Good/Poor
Smoking status	30%	70%	Smoker/Non-smoker
Alcohol consumption	10%	90%	Drinker/Non-drinker
Exercise frequency	20%	80%	Regular/Irregular
Stress level	60%	40%	High/Low
Sleep quality	70%	30%	Good/Poor
Dietary habits	50%	50%	Healthy/Unhealthy
Family size	3.5	1.5	2-5
Religious beliefs	60%	40%	Religious/Non-religious
Work-life balance	55%	45%	Good/Poor
Overall well-being	65%	35%	High/Low

Theresa Arduini

1. $\frac{1}{2}$ of the population is 100,000	2. $\frac{1}{2}$ of the population is 100,000
3. $\frac{1}{2}$ of the population is 100,000	4. $\frac{1}{2}$ of the population is 100,000
5. $\frac{1}{2}$ of the population is 100,000	6. $\frac{1}{2}$ of the population is 100,000

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

DOI: 10.1002/eqe.220

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 111–118

RESEARCH IMPULSIVES

EXGELSIOR SEGURO.

12 JUN 2018

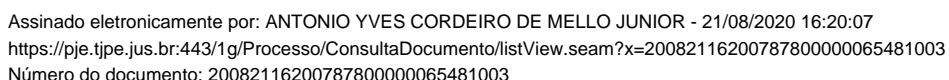
SECURITY MAT.

HABITAT E PREVENÇÃO DA INTERIORES

	Interest Expense	Interest Income	Interest Expense	Interest Income
QAC				
Fig	3.00	3.00	3.00	3.00
QACQ	3.00	3.00	3.00	3.00

● 2007年10月1日起，凡在境内销售货物的单位和个人，凡符合一般纳税人条件的，必须向主管税务机关申请认定为一般纳税人，凡未认定为一般纳税人的，不得开具增值税专用发票。

Year	Number of new deaths (1000)	
	Men	Women
2001	201	210



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro;

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de M.S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.744 / 25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Benildeleson Mateus B. Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.016.064 / 35, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Benildeleson Mateus B. Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.016.064 / 35, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Procuradora Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Francisco Olavo</u>		Número: <u>410</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>IPSE</u>	Cidade: <u>Serra Talhada</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>56912-130</u>
Telefone comercial (DDD):		Telefone celular (DDD): <u>1519634-9907</u>	

Serra Talhada, 04 de Julho de 2018
Local e data

Rosana de M.S. Cavalcante
Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS

JUL 2018





Número: **0000848-19.2020.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **07/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66748311	21/08/2020 16:20	ANEXO 3	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Nº Sinistro: 3180565776

Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Data do Acidente: 17/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180565776**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13675701

Pag. 00675/00676 - carta_01 - INVALIDEZ

00020338





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180565776

Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Data do Acidente: 17/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01329/01330 - carta_03 - INVALIDEZ

00060665



Carta nº 13676087





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180565776

Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Data do Acidente: 17/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000061572-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 116.016.064-35 Nome completo da vítima: Genicleilson Mateus Bezerra Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Genicleilson Mateus Bezerra Santos CPF: 116.016.064-35

Profissão: Agricultor Endereço: Rua vinte e um Número: 3 Complemento: lavoura

Bairro: Itomab Cidade: Serra Talhada Estado: PE CEP: 56909-100

E-mail: _____ Tel.(DDD): 87-9634-4907

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

AGÊNCIA: 0914 CONTA: 61572 3

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Serra Talhada 09/11/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Genicleilson Mateus Bezerra Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0267004299**

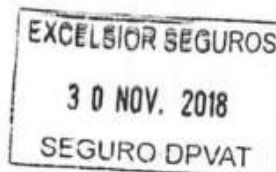
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/11/2018** às **15:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/9/2018** às **14:33**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, FAZENDA CIPO** - Bairro:
CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **ZONA RURAL**
Local do Fato: **FAZENDA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
GENICLEBSON MATEUS BESERRA DOS SANTOS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): GENICLEBSON
MATEUS BESERRA DOS SANTOS

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

GENICLEBSON MATEUS BESERRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
SANDRA BESERRA NUNES Pai: **GENIVAL ALVES DOS SANTOS** Data de Nascimento: **18/2/1993** Naturalidade: **SERRA
TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9212560/SDS/PE (RG), 11601606435 (CPF)** Estado Civil:
SOLTEIRO(A) Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:
- 87988027254

Endereço Residencial: **RUA VINTE E UM, 05 - CEP: 0 - Bairro: COHAB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: **NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GENICLEBSON MATEUS BESERRA DOS SANTOS**,
que estava em posse do(a) Sr(a): **GENICLEBSON MATEUS BESERRA DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGF7990** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **488284732** Chassi: **9C2KDO550CR308750**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL, OA VITIMA EM TELA, COMUNICANDO QUE NO DIA, HORA E LOCAL

09/11/2018 16:25



DESCRITO TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA MENCIONADA, QUANDO EM DADO MOMENTO, PERDEU O CONROLE DA MESMA, VINDO A DERRAPAR E CAIR EM SEGUIDA. APOS O OCORRIDO, A VITIMA BUSCOU ATENDIMENTO MEDICO NO HOSPAM, ONDE FOI ATENDIDO PELO O DR. EBENONE, O QUAL CONSTATOU UM FRATURA NO TORNOZELO ESQUERDO, E DEPOIS A VITIMA, FOI OPERADA NA CLINICA SAO FRANCISCO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Geniclebson Mateus Beserra Santos

GENICLEBSON MATEUS BESERRA DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Edmilson Pereira Lima* **EDMILSON PEREIRA LIMA - MAT. 151.743-0 - Matricula: 151743-0**

09/11/2018 16:25



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 116.016.064-35 Nome completo da vítima: Genicleilson Mateus Bezerra Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Genicleilson Mateus Bezerra Santos CPF: 116.016.064-35

Profissão: Agricultor Endereço: Rua vinte e um Número: 3 Complemento: lavoura

Bairro: Itomab Cidade: Serra Talhada Estado: PE CEP: 56909-100

E-mail: _____ Tel.(DDD): 87-9634-4907

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

AGÊNCIA: 0914 CONTA: 61572 3

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Serra Talhada 09/11/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Genicleilson Mateus Bezerra Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



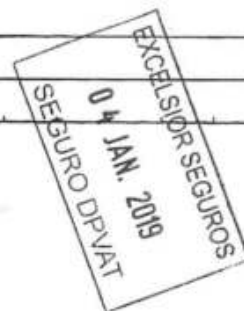
data / /
S T Q Q S S D

Esclarecimento

Eu, Geniclebson matheus, venho Esclarecer que eu não posso me responsabilizar por o médico não ter informado conforme a História do feito em inferni e que Aconteceu, não fui socorrido por Bombeiros, bombe e outros por que no momento não sou a necessidade Acontece que na Hora. Achei que não tinha fraturado nada, senti na mão e consegui chegar no hospital devido ao dor e inchar muito fiquei assustado tive direito para o hospital pois que ao chegar foi constatada a fratura e em seguida, aguardando para o chamado da cirurgia, não tendo a nada se quiserem mandar investigar está a disposição para qualquer esclarecimento. peço a compreensão. Agradeço a compreensão e aguarda respostas por que existe uma sequelas de fato. É a cidade toda sabe que o costume dos ortopedista se não chegar com Bombeiros, bombe ou polícia coisa que é raro no interior.

Serra Talhada, 04 de janeiro de 2019

Geniclebson matheus Bezerra Santos.



MNE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA						Nº: 17
Data: 12-08-2020	Hora: 07:20					
Nome: <u>Camillellyan Costa Agamenon Santos</u>						
Nascimento: 18-02-94	Sexo: <u>F</u>	Estado Civil: <u>solteira</u>				
Educidade: <u>União</u>	Profissão: <u>professora</u>					
Mãe: <u>Vagner da Silva Agamenon</u>	Responsável: <u>Camillellyan Costa Agamenon Santos</u>					
Endereço: <u>R. 21-15</u>	Município: <u>Jos. de S.</u>		Fone: <u>9-07749.4852</u>			
Cartão SUS:	RG/CPF: <u>9.212.500</u>					
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarola	Indígena	
PA:	Pulso:	HGT:	Temperatura:	Peso:		
<p>História e Exame Físico:</p> <p><u>2mm no pulso 2mm</u> <u>fun. normal</u></p> <p style="text-align: center;">(R)</p>						
<p>Tratamento:</p> <p>① <u>fun. normal</u></p> <p>② <u>Volts 100 - 100 ①</u></p> <p>③ <u>Diluição em 5</u></p>						
Hipótese Diagnóstica:			Carimbo e Assinatura: 12 JUN 2020			
<u>2 F-1 no pulso 2mm</u>			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> EXCELSIOR SEGUROS SEGURO DPVAT. </div>			
Destino do Paciente:	Inferno	Exatidão	Transferido	Exatidão		
Removido para o hospital:						
Obito 93	hrs do dia					

Dr. Celso Antonio da Silva
CPF: 882.723.544-22
Médico Traumatologista



OBSERVAÇÃO MÉDICA

Data: _____ Hora: _____

Paciente: _____

Outras queixas:

Exames Solicitados:

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> LCR | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Glicose | <input type="checkbox"/> HbA1c | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Ureia | <input type="checkbox"/> VDRL | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> CKMB | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Ionograma | <input type="checkbox"/> Troponina | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Leucograma | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Eritrograma | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs:
1) Clozapina 25 mg	08:30	
2) Ac do Rômulo de Jesus		
3) ...		
<p>Dr. Francisco Gomes Santa Gertrudes - Santa Gertrudes - SP CRM: 14835 - TECAP</p>		

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

HOSPITAL - VEH
Santa Gertrudes - SP



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	16/01/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000061572-3

Nr. da Autenticação A52E2666E1936A00





Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 12.833.832/0001-08 | Insc. Est. 0008943-93 | www.cebe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF 368 710 364-15

IPSEP/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56912-130

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

033328248	UNICA	25/08/2018
-----------	-------	------------

25/08/2018	2000136288	3872821
------------	------------	---------

2278076019	09/2018
02/10/2018	25/10/2018
	245.82

Consumo Ativo(kWh)
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contrib. Ilum. Pública Municipal
ICMS Subvenção-CDE-NF 021982132-25/05/16
ICMS Subvenção-CDE-NF 025728403-26/07/16
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8880 0000 031 R000

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
202.0000000	0,75282600	712,29
		20,36
		8,88
		1,81
		1,73
		0,90

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT
246.82

TOTAL DA FATURA

Nº DO INSTRUMENTO	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (R\$)
		DATA 31/08/2018	LETURA 17.261,00	DATA 30/06/2018	LETURA 17.845,00				
360.620.6218							1,00000		280,00

[illegible]

BUCL17477000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000

[illegible]

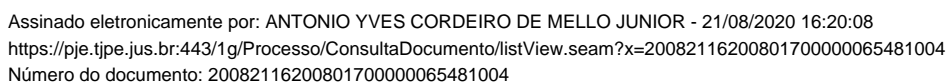
ATENCIÓN LA CELA REAFORMA QUE NO SE PUEDE CONTAR EN...

[illegible]

Se trata de un presupuesto de trabajo, y necesariamente de un presupuesto de un momento, pero como poderíamos decir, también nos representa una realidad de un momento de un país, el BOPASA, como una realidad humana. Como una realidad que se desarrolla a través de la historia, que se va desarrollando y creciendo en el tiempo, que se va desarrollando y creciendo en el tiempo, que se va desarrollando y creciendo en el tiempo.

As a result, the company is now in a position to provide a more complete service to its customers, and is now in a position to provide a more complete service to its customers, and is now in a position to provide a more complete service to its customers.

LIMITES DE TENSÃO					TENSÃO NOMINAL (N)		LIMITE DE VARIAÇÃO (N)	
FORÇA	DEFORMAÇÃO	LIMITE ELÁSTICO	LIMITE DE FLUXO	LIMITE DE RUPÇÃO	NOMINAL	REEL	REEL	
1000	0,001	100	100	100	100	100	100	



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.744 / 25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gemilebson Mateus Benexa Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.016.064 / 35, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Gemilebson Mateus Benexa Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.016.064 / 35, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Agricultor Renda: não informo e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Francisco Olavo</u>		Número <u>110</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>IPSEP</u>	Cidade <u>Quera Alhada</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56912-130</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>87-9634-4907</u>

Quera Alhada 21 de 11 de 2018
Local e Data

Rosana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante





Nº: 122

Data: 14-09-18		Hora: 14:33		Nº: 122	
Nome: Genielebson Mateus Bezerra Santos					
Nome Social:		Profissão: Ag. Rector / H. e			
Nascimento: 18-02-93		Sexo: masc		Estado Civil: Solteiro	
Escolaridade: 8º Ano		Responsável:			
Mãe: Dandara Bezerra Nunes					
Endereço: Rua 11 05					
Bairro: Gohab		Município: ST/PE		Fone: 8802-4254(8)	
Cartão SUS: 402.1084.6823.8593				RG/CPF:	
Raça/Cor:		Branca		Parda	
		Preta		Amarela	
				Indígena	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

AMARELO

VERDE

AZUL

Situação/Queixa:

72 now no test

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Medicações em uso:						

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

→ Hertz = 1-2

EXCELSIOR SEGUROS

30 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

Tratamento:

Two Bob

- voltage — 60 — (12)
- Diameter & in 13

17:30

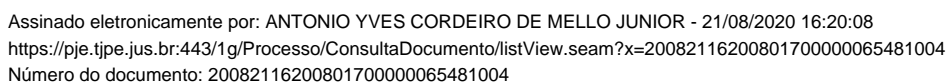
Comitê ZML de Fomento Gado
X-1 da Fátima
CORREIO 000-540-827

Hipótese Diagnóstica:

f2nf 12 T22

Carimbo e Assinatura:

Dr. Ebenone Antônio da Silva
CPE 882.723.544-20
Médico Traumatologista



CONDUTA MÉDICA

Destino do Paciente:	Internado	Residência	Transferido	Evasão
Removido para o hospital:				
Óbito às		hrs do dia		
Carimbo e Assinatura:				

OBSERVAÇÃO MÉDICA

Outras queixas:

RECIBO DE AMPL
3-11-2018
EXCELENTISSIMO REGISTRO

Exames Solicitados:

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> LCR | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Glicose | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Uréia | <input type="checkbox"/> VDRL | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> CKMB | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ionograma | <input type="checkbox"/> Troponina | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Leucograma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Eritrograma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs:

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

VRH - 17/09/2018
Notificado *ds*



(87) 988027254



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde
Pernambuco



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2 - CNES

2517124

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

4 - CNES

2517124

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

86921560

NOME ATEND.

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

802108768258593

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA / REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

41861

9 - NOME DO PACIENTE

Genivalilson Hatos B. Santos

10 - DATA DE NASCIMENTO

18/02/93

11 - SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Sandra Regina Nunes

DDD 13 - TELEFONE DE CONTATO

87988027254

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

Rua Vinte e um, S.

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Serra Talhada

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

0261220

17 - UF

PE 56909100

18 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

Do + L - M
no + m

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ri

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

F21.6 no tm

22 - CID. 10 PRINCIPAL

582.6

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

tl + m + m

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

0408.05049-7

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

31 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE)

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Ebenete Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 15.122
CEM - Fone: 9.9916-0112

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

18/09/18

34 - ASSINATURA E CARIMBO (INTELECTOR MÉDICO)

Dr. Francisco Anselmo Magalhães
CPF: 123.456.789-01
CEM: 3362

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - CBOH

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - COD. ORGÃO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

47 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

48 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR(H)

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

MOTIVO DA ALTA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:


DATA DA INTERNAÇÃO: 25/09/18



**HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA**

Rua Vereador Siqueira Cavalcanti, 104 - Anel - Centro - São Francisco - PE
Fone/Fax: (071) 3831-3736 / 3831-2147 - CEP: 54.912-110
CNPJ: 41.045.563/0001-99 - e-mail: c111@hospital-anselmo.com

CLÍNICA**CIRURGICA**

Data do Atendimento:	25/09/2018	Prontuario:	00041861	Registro:	00087417	Convênio:	SUS INTERNACAO
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS							
Data Nascimento:	18/02/1993	Idade:	25 Anos, 7 Meses	Sexo:	MASCULINO	Cor:	PARDA
Estado Civil:	SOLTEIRO(A)	Profissão:	AJUDANTE	Naturalidade:		Nacionalidade:	
Filiação: Pai:	GENIVALDO ALVES DOS SANTOS			Mãe:	SANDRA BESERRA NUNES		
Endereço:	RUA VINTE EUM						Nº 5
Bairro:	COAHB	Cidade:	SERRA TALHADA	Estado:	PE	Telefone:	988027254
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:							
Acidentado Trânsito []		Acidente de Trabalho []		Outros Acidentes []		Agressão []	
Suicídio []		Casual []		Outros []			
Nome do Acompanhante:						Telefone para Contato:	
Endereço:							
Local da Ocorrência:							
ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS							
Tumor no testículo D							
Diagnóstico Inicial: Tumor no testículo D							
S.A.D.T.							
Diagnóstico Final: O tumor.							
Data do Atendimento: Data do Atendimento:							
Melhorada [X]		Decisão Médica [X]		Data do Internamento: 25/09/2018			
Inalterado []		Alta a Pedido []		Data da Alta: / /			
Piorado []		Transferência []					
Óbito+48h []		Evasão []					
Óbito-48h []		Indisciplina []					
Óbito em / /		Hora: / /					
				 Dr. Eberhone A. Silva Ortopedia e Traumatologia Médico Responsável			

GDS - Genyus Desenvolvimento de Sistemas - 87-3831-3014



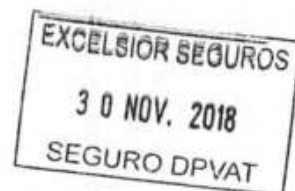
Cirurgia Realizada:		Nº do Procedimento:	
Data:	Início:	Término:	
Cirurgião:	1º Auxiliar:	2º Auxiliar:	Anestesista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- ANESTESIA
- ASSEPSIA
- ASCISSO ALTAIR.
- 01 Placa 113 cm x 3.5
- 04 Parafusos c/ t.c.
- Sutura.

Dr. Ebenezer A. Silva
Ortopedia e Traumatologia
Assinatura do Cirurgião





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014083312587

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 466284732 RNTTC EXERCÍCIO 2016

GENICLESSON MATEUS BERRA SANTOS

SERRA TALHADA-PE

116.016.064-35 PLACA PGE7990

CHASSI 902KD0550CR308750

ESPECIE TIPO ALCO/GASOL COMBUSTIVEL

PA3 MOTOCICLETA

HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB 2012

28/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE

1 P 15VA 2018 QUITADO VENC COTA UNICA 1

2 3

PREMIO TARIFARIO (R\$) 100% SERVIDO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGOS

SEM RESERVA EM DEPORTE OBRIGATORIO

SEGURO PAGOS

SERRA TALHADA-PE

Charles Andrews Sousa Ribeiro

DETRAN - PE

DETRAN

CONTRAN

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

PE Nº 014083312587 BILHETE DE SEGURO DPVAT

GENICLESSON MATEUS BERRA SANTOS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

SERRA TALHADA-PE EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 27/07/18

1 116.016.064-35 PLACA PGE7990

CHASSI 902KD0550CR308750

HONDA/NXR150 BROS ES

PREMIO TARIFARIO

DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

100% SERVIDO SEGURO (R\$)

DATA DE QUITAÇÃO

PARCELADO

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

DESTROQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

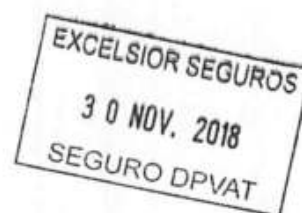
PE Nº 014083312587



DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 09 de 11 de 2018



X Gaielebson Mateus Bezerra Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180565776 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180565776 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
SANTOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Geniclebson Mateus Bezerra Santos

portador(a) do documento de identidade nº 9.212.560, expedido por SDS-PE, em

01/06/2017, inscrito no CPF sob o nº 116.016.064-35, residente na

Rua Vinte e Um, nº 5

complemento Casa, Bairro Comal, cidade

Serra Talhada, Estado PE

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em

29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na

Rua Francisco Olavo, nº 110

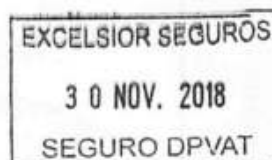
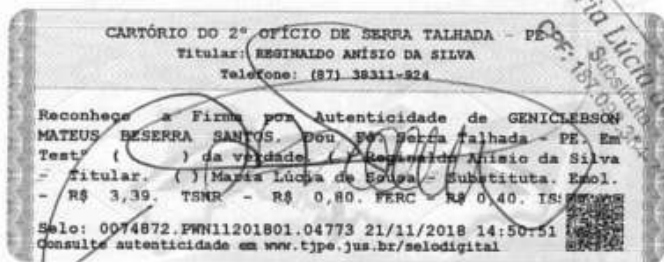
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

Serra Talhada, Estado PE

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Serra Talhada 09 de 11 de 2018

Outorgante X Geniclebson Mateus Bezerra Santos



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434963/18

Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTO

CPF: 116.016.064-35

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/09/2018

Titular do CPF: GENICLEBSON MATEUS
BESERRA SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS : 116.016.064-35

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/11/2018
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/11/2018
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

